

Solicitud de enmienda de información de salud protegida

PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

EL PACIENTE DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Solicito que se enmiende la siguiente información:

Fechas de las secciones que se deben enmendar:

Texto de las secciones que se deben enmendar:

Explique por qué es incorrecta o está incompleta esta sección. ¿Qué debe decir la sección para que sea precisa o para que esté completa?

Indique si desea que se le envíe un expediente enmendado a alguien a quien le hayamos divulgado la información anteriormente. Especifique el nombre y la dirección de la persona o de la organización:

Firma del individuo o del representante personal

(Si firma el representante,
indicar relación con el paciente)

Fecha

EL ADMINISTRADOR DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Indicar si la sección se enmendó según lo solicitado:

Versión impresa

Versión electrónica

Ambas versiones

Especificar las solicitudes electrónicas:

Notificación de determinación enviada al paciente/solicitante el día:

Notificación de cambios enviada a entidades que ya habían recibido la información previamente:

Sí No

Comentarios:

Miembro del personal

Firma

Puesto

Fecha